

MODELLO DI MODULO DI ACCETTAZIONE PER CLIENTI DEI SERVIZI DI COUNSELING

NOME DELL'AZIENDA

IL TUO LOGO

RIGA INDIRIZZO 1

RIGA INDIRIZZO 2

CITTÀ / STATO / CAP

TELEFONO

INDIRIZZO WEB

DATA

AMMINISTRATORE

--	--

SI TRATTA DI UN PAZIENTE ESISTENTE?

SEGNALATO DA

--	--

INFORMAZIONI PER INSERIMENTO PAZIENTE

NOME	INDIRIZZO PRIVATO
TELEFONO CELLULARE	
TELEFONO ALTERN.	
E-MAIL	
CODICE FISCALE	INDIRIZZO DI LAVORO
DATA DI NASCITA	

CONTATTO DI EMERGENZA

NOME CONTATTO	RAPPORTO CON IL CLIENTE
TELEFONO PRINCIPALE	TELEFONO ALTERN.

INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE

NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATIVA	DATA DI NASCITA DELL'ASSICURATO
NOME DELL'ASSICURATO	CODICE GRUPPO
ID FIRMATARIO	FIRMA

INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO

PAGAMENTO A	DATA DI PAGAMENTO		
NUMERO DI RICEVUTA	IMPORTO PAGATO		
METODO DI PAGAMENTO			
RICEVUTO DA	RICEVUTO TRAMITE		
INFORMAZIONI SUL CONTO		PERIODO DI PAGAMENTO	
SALDO CONTO	QUESTO PAGAMENTO	SALDO DOVUTO	DAL
			AL
PAGAMENTO PER			

INFORMAZIONI SANITARIE

Descrivi il motivo della visita iniziale.

CON QUALE FREQUENZA FAI ATTIVITÀ FISICA?

QUALI MEDICINE STAI PRENDENDO?

SOFFRI DI ALLERGIE?

COME VALUTERESTI LA TUA ROUTINE SERALE PRIMA DI DORMIRE?

Descrivi il tuo stato di salute fisica in generale.

Cerchia le patologie di cui hai sofferto in passato.

anemia	artrite	ansia			
dolore alla schiena cronico	problemi alla vescica	cattiva circolazione	fratture ossee	_____	_____
tumore	dolore al torace	problemi di sinusite	morbilli	_____	_____
convulsioni	pressione sanguigna alta	asma	epatite	_____	_____
ictus	problemi ai reni	indigestione	tubercolosi cervicale	_____	_____
emicranie	problemi al cuore	dermatite	diabete	_____	_____
osteoporosi		epilessia	protesi	_____	_____

Descrivi in maggior dettaglio le condizioni di salute cerciate sopra.

Descrivi il tuo stato di salute mentale in generale.

Tra le seguenti condizioni di salute, cerchia quelle di cui hai sofferto in passato.

ansia	disturbi dell'alimentazione	problemi finanziari		
depressione	e genitori	lesioni alla testa	_____	_____
rabbia	figli	nausea	_____	_____
difficoltà di concentrazione	sonno	deficit di attenzione	_____	_____
fobie	violenza sui minori	fiducia negli altri	_____	_____
problemi di comunicazione	abusi sessuali	preoccupazioni	_____	_____
dipendenza da droghe/alcolici	incubi	autolesionismo	_____	_____

Descrivi in maggior dettaglio le condizioni di salute cerciate sopra.

DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ

Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l'accuratezza, l'affidabilità, l'idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni, è pertanto strettamente a proprio rischio.